BEITRAG ZUR CASUISTIK

DER

HYSTERISCHEN PSYCHOSEN

IM KINDESALTER.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr E. SIEMERLING

O. Ö. PROFESSOR DER MEDICIN UND VORSTAND DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK
AN DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN

DER MEDICINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT VON

OTTO GEISLER

APPROB. ARZT AUS OSNABRÜCK.

TÜBINGEN 1898

VERLAG VON FRANZ PIETZCKER.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552301_0139

BEITRAG ZUR CASUISTIK

DER

HYSTERISCHEN PSYCHOSEN

IM KINDESALTER.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr E. SIEMERLING

O. Ö. PROFESSOR DER MEDICIN UND VORSTAND DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK
AN DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN

DER MEDICINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT VON

OTTO GEISLER

APPROB. ARZT AUS OSNABRÜCK.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

TÜBINGEN 1898

VERLAG VON FRANZ PIETZCKER.

DRUCK VON H. LAUPP JR IN TÜBINGEN

Es ist noch nicht allzulange her, dass die medicinische Wissenschaft mit der alten, mehr als zwei Jahrtausende aufrecht gehaltenen Lehre des Hippokrates und Galen gebrochen hat, nach welcher die Hysterie auf einer Erkrankung des weiblichen Genitalapparates beruhen sollte. Obwohl schon im Jahre 1618 Charles Lepois in dem Satze: „Hysterica symptomata vulgo dicta omnia fere viris cum mulieribus communia sunt" das Vorkommen der Hysterie bei Männern und weiterhin in dem Ausspruch: „Enim vero experientiae fide multae puellulae vivunt hystericis tentatae symptomatibus ante duodecim aetatis annos" ihr Vorkommen bei Mädchen behauptet hatte, so blieb es doch unserem Jahrhundert vorbehalten, mit den alten Anschauungen endgültig aufzuräumen.

Briquet [1]) gebührt das Verdienst, zuerst auf das entschiedenste ausgesprochen zu haben, dass die Hysterie mit dem weiblichen Genitalapparat gar nichts zu thun habe, dass sie vielmehr in einer Neurose des Gehirns bestehe; dass sie daher auch nicht auf Frauen beschränkt sei, sondern sich ebenso gut auf Männer und auf Kinder beiderlei Geschlechts erstrecke. Unter den 430 von ihm mitgeteilten Fällen von Hysterie beziehen sich 87 auf Kinder, davon 66 auf solche unter 10 Jahren. Seitdem sind zahllose Fälle von Hysterie bei Männern, z. B. in der russischen und französischen Armee, unter der Arbeiterklasse der grossen Städte, von 70jährigen Greisen, bei denen die Geschlechtsfunktionen längst erloschen waren, ferner von Hysterie bei Frauen, welche weder Uterus, noch Ovarien, noch Vagina besassen, und endlich neuerdings auch eine grosse Anzahl Fälle von Hysterie bei Kindern, bei denen die Genitalien noch gar nicht entwickelt,

1) Briquet: Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris 1859.

jedenfalls ihre Funktion noch nicht angetreten hatten, ja sogar bei Neugeborenen beschrieben worden.

In allen diesen Fällen handelt es sich um eine und dieselbe Krankheit, und wenn die Krankheitsbilder auch hier und da recht verschieden sein können, so kehren die einzelnen Symptome doch immer, mehr oder weniger deutlich ausgeprägt, wieder. „Es giebt", sagt Pitres[1]) „keinen thatsächlichen Unterschied zwischen den Erscheinungsformen der Hysterie, die männliche oder weibliche Hysterie, die Hysterie der Kinder oder der Erwachsenen sind nichts verschiedenes. Die Erscheinungen können hin und wieder verschieden sein, aber es ist immer ein und dieselbe Krankheit, welche sie verursacht."

Alle die Erscheinungen, welche die Hysterie bei Erwachsenen hervorruft, können auch bei Kindern auftreten, wenn auch im Einzelnen sich gewisse Unterschiede konstatieren lassen.

Die Erscheinungen bestehen einmal in psychischen Veränderungen.

Das Vorkommen dieser als hysterisches Symptom bei Kindern wird freilich von einigen Autoren, so von Bruns[2]) bestritten, welcher direkt erklärt, dass das psychische Verhalten hysterischer Kinder nichts Charakteristisches darbiete. Von anderen wird indessen angegeben, dass psychische Störungen nicht gerade selten seien. Dieselben sollen bestehen in Aenderungen des Charakters, Wechsel der Stimmung, leichter Gereiztheit, Lebhaftigkeit und Unruhe, Störungen der Intelligenz, anfallsweiser Verwirrtheit, Hallucinationen, Pavor nocturnus, erotischem Benehmen u. dergl.

Deutlicher spricht sich die hysterische Erkrankung aus in Störungen der motorischen Sphäre. Tonische und klonische Krämpfe finden sich in den allermeisten Fällen von Hysterie, bei Kindern nicht minder wie bei Erwachsenen. Es handelt sich dabei bei Kindern, wie namentlich Jolly[3]) hervorhebt, be-

1) Pitres: Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. Paris.

2) L. Bruns: Die Hysterie im Kindesalter.

3) Jolly: Ueber Hysterie bei Kindern. Berlin. klin. Wochenschr. XXIX. 34. 1892.

sonders um gesteigerte Affektäusserungen: Schreikrämpfe, Weinkrämpfe, Lachkrämpfe, krampfhaftes Schluchzen, Husten, ferner einzelne Zuckungen, Tremor, rythmische Krämpfe; dann aber in einzelnen Fällen auch um allgemeine krampfartige Zuckungen der gesamten Muskulatur des Rumpfes und der Extremitäten, Herumwälzen, Aufspringen, und all den sonderbaren Verdrehungen und Verrenkungen des Körpers, die Charcot so treffend als Clownismus bezeichnet hat. Doch ist diese letztere Form von Krämpfen bei Kindern seltener; fast alle Autoren heben hervor, dass die Krämpfe bei hysterischen Kindern in der Regel einfacher sind, mehr auf ein einzelnes Glied beschränkt bleiben. Bisweilen kommt es auch zu ausgesprochenem "arc de cercle", jenem hochgradigen Opisthotonus, wobei die Kranken nur mit Hinterkopf und Fersen die Unterlage berühren. Manche Beobachter, so Fürstner[1]), sehen eine Eigentümlichkeit der Anfälle bei Kindern darin, dass dieselben einerseits sehr häufig, bis zu 20—30 an einem Tage auftreten, andrerseits von sehr kurzer Dauer seien und meist eine sehr variable Form, bald ausgesprochen epileptiforme, bald rein hysterische, einseitig rotatorische und ähnliche Bewegungen zeigen. Verletzungen der Zunge und der Lippen, Behinderung der Respiration, Pulsbeschleunigung oder Temperatursteigerungen sollen in der Regel nicht vorkommen.

Weitere motorische Störungen bieten die Lähmungen dar. Manche Autoren erklären die hysterischen Lähmungen der Kinder für sehr selten, so z. B. Riegel[2]), der überhaupt die Hysterie bei Kindern, insbesondere die hysterischen Lähmungen für sehr selten hält, gleichwohl aber selbst 5 von ihm beobachtete Fälle von hysterischen Lähmunngen bei Kindern von 8—15 Jahren mitteilt; Jolly[3]), Schäfer[4]), u. a. halten sie für ziemlich häufig, und

1) Fürstner: Zur Pathologie gewisser Krampfanfälle (hysterische Anfälle bei Kindern, Spätepilepsie). Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. XXVIII. 1896.

2) F. Riegel: Zur Lehre von den hysterischen Affektionen der Kinder. (Zeitschr. für klin. Medicin. Bd. VI. 1883.)

3) Jolly a. a. O.

4) Schäfer: Ueber Hysterie bei Kindern (Archiv f. Kinderheilk. Bd. V).

in der That findet man in der Litteratur eine grosse Anzahl von Lähmungen hysterischer Kinder, die gewöhnlich im Anschluss an einen hysterischen Anfall oder eine psychische Erregung, oft aber auch ohne sichtbare Ursache auftraten. So handelt es sich bei den weiter unten noch anzuführenden Epidemieen vielfach um Lähmungszustände, und um ausser den schon erwähnten von Riegel mitgeteilten Fällen nur noch einige aus der Litteratur anzuführen, so wird[1]) u. a. von einem 13jährigen Knaben erzählt, der schon in seinem 3. Jahr hysterische Anfälle und später spastische Lähmungen und Anästhesien der Beine bekam; man hielt den Fall für eine unheilbare Myelitis und verabreichte dem Knaben soviel Morphium, dass derselbe schon in seinem 11. Lebensjahre zum Morphinisten wurde. Ein 12jähriger Knabe[2]) litt seit einigen Monaten an Enuresis nocturna; eines Tages fühlte er plötzlich eine Schwäche des linken Beines und war in wenigen Minuten anscheinend vollständig gelähmt. Bei der Untersuchung fand man an den beiden unteren Extremitäten völlige aktive Bewegungsunfähigkeit, absolute Anästhesie und Analgesie von den Patellae abwärts bis zum Ansatz der Zehen, wo sie mit scharfer Grenze endeten. Auch das bei Erwachsenen nicht gerade seltene Symptom der „Abasie-Astasie", die Unfähigkeit, zu gehen und zu stehen, während sonst, z. B. in gewöhnlicher Rückenlage, alle aktiven Bewegungen der Beine möglich sind, findet sich bei Kindern.

Ob die Lähmungen bei Kindern häufiger schlaffe oder öfter spastische sind, darüber gehen die Ansichten auseinander. Manche halten erstere für häufiger, andere, z. B. Bruns[3]), haben mehr spastische gesehen. Die schlaffen Lähmungen gehen jedenfalls oft in spastische über; es treten aber auch von vornherein Contrakturen auf, wie z. B. bei einer später noch näher zu beschreibenden Epidemie von hysterischen Contrakturen in Bremen im Jahre 1890, wo

1) H. Hun: Hysterical paraplegia in children. (Ref. in „Schmidt's Jahrbücher". Bd. 235 p. 18.)

2) Barrs: A case of hysterical paraplegia in a boy. (The brit. Med. J. 25. Febr. 1882.)

3) Bruns a. a. O.

über ein Dutzend Mädchen mit Contrakturen des Ellenbogen- und Hüftgelenks primär erkrankte. Die Lähmungen befallen meistens die Extremitäten, aber auch eine ganze Körperhälfte, und sind dadurch einigermassen charakterisiert, dass die elektrische Erregbarkeit in den Muskeln fast immer erhalten bleibt. Dabei kann allerdings die Muskulatur atrophieren, was wohl als Inaktivitätsatrophie zu deuten ist, ohne dass man eine Störung trophischer Nerven annehmen müsste. Nur in Ausnahmefällen wird, was man früher überhaupt negiert hatte, der N. facialis betroffen.

Ferner gehören hierher Störungen der Sprache. Die Kinder sind oft nicht imstande, irgend ein Wort hervorzubringen, ohne dass indessen ihre Intelligenz irgendwie afficiert wäre; sie hören und verstehen alles, was man ihnen sagt, können sich aber nur durch Gesten verständlich machen. So werden Fälle berichtet, wo Kinder infolge eines plötzlichen Schreckens, durch den Angriff eines Hundes oder dergl. hervorgerufen, plötzlich vollständig die Sprache verloren haben. In andern Fällen ist die Sprache stotternd, stammelnd, sie „nimmt in Aussprache und Satzbildung den Charakter eines eben sprechenlernenden Kindes an“ (Jolly.)

Störungen der sensiblen Sphäre, Anästhesien, Hyperästhesien, Parästhesien, Analgesien werden von den meisten Autoren bei Kindern für bedeutend seltener gehalten als bei Erwachsenen; namentlich soll sich die Anästhesie, wenn sie vorhanden ist, niemals so weit in die Tiefe erstrecken, sondern ganz oberflächlicher Natur sein. Indessen kommen sie doch nicht so ganz selten vor, wie schon die oben angeführten Fälle beweisen. Etwas häufiger sollen noch spontane Schmerzen neuralgischer Natur sein, besonders der sogenannte Clavus hystericus, heftige Cephalalgien in der Scheitelgegend, die z. B. Briquet bei Kindern selten vermisst haben will und die er geradezu als pathognomonisch für Hysterie ansieht. Eigentümlich ist, worauf ebenfalls schon Briquet hingewiesen hat, dass die Anästhesien links bei weitem häufiger auftreten als rechts; namentlich soll sich dies an der Conjunktiva fast ausnahmslos constatieren lassen. Die Anästhesien sind, ähnlich wie die Lähmungen,

dadurch charakterisiert, dass sie sich nicht auf bestimmte Nervengebiete beschränken, sondern meistens ganz willkürlich, in Zonen, strumpf-, handschuh-, manschettenförmig, auftreten.

Charakteristisch sind die Schmerzen, welche häufig im Epigastrium, besonders auf Druck, entstehen, und die man als Ovarie bezeichnet hat. Gerade von diesem Punkte aus lassen sich sehr oft hysterische Anfälle auslösen. Die Häufigkeit dieses Symptomes, das übrigens auch bei Männern und Knaben vorkommt, hat gewiss viel dazu beigetragen, bei der Hysterie eine Erkrankung des Ovariums anzunehmen.

Sehr häufig sind, wie bei Erwachsenen, so auch bei Kindern Störungen der Sinnesorgane, namentlich des Gesichts und des Gehörs. So finden wir gar nicht selten hysterische Amblyopie und Amaurose, die gewöhnlich ebenso rasch wieder verschwindet, wie sie entstanden ist; am häufigsten aber begegnen wir einer concentrischen Gesichtsfeldeinschränkung, die bei genauer Prüfung nur selten vermisst wird. Es sind eingehende Untersuchungen darüber angestellt worden, welche zu folgendem Ergebnis geführt haben: Während unter normalen Verhältnissen das Gesichtsfeld für Weiss am ausgedehntesten ist und der Umfang progressiv abnimmt für Blau, Gelb, Orange, Rot, Grün, Violett, ist das hysterische Gesichtsfeld in der Regel für alle Farben concentrisch eingeengt, oder die Grenzen für die einzelnen Farben verhalten sich umgekehrt wie im normalen Zustande. Indessen giebt es nicht selten Ausnahmen von dieser Regel.

In ähnlicher Weise ist der Gehörsinn oft afficiert; es kann Schwerhörigkeit, ja völlige Taubheit vorhanden sein. Ebenso kommen auch Störungen des Geschmacks und Geruchs bisweilen vor. Vasomotorische und sekretorische Störungen, urticariaähnliche Eruptionen, Bläschenbildungen u. s. w. an einzelnen, besonders an gelähmten Körperteilen, sind gleichfalls in manchen Fällen nachgewiesen worden.

Nicht ganz selten sind endlich gastrische Erscheinungen, Erbrechen, mangelhafte Nahrungsaufnahme, ja geradezu Widerwillen

gegen Speise und Trank, ferner Globusgefühl, als wenn eine Kugel zum Halse heraufstiege, Singultus, Ructus etc.

Das Gesamtbild der jugendlichen Hysterie unterscheidet sich, worauf fast alle Beobachter ausdrücklich aufmerksam machen, von der der Erwachsenen dadurch, dass sie mehr in monosymptomatischer Form, der forme fruste der Franzosen, d. h. einfacher, durchsichtiger, nicht so proteusartig wie bei Erwachsenen, auftritt. Gewöhnlich tritt nur dieses oder jenes der genannten Symptome in die Erscheinung und meistens verschwindet es ebenso schnell, wie es gekommen ist. Und das ist leicht verständlich, wenn man bedenkt, dass das kindliche Gemüt äusseren Eindrücken sehr leicht zugänglich ist, da es noch nicht gelernt hat, denselben mit Hilfe des Willens und der Ueberlegung einen gewissen Widerstand entgegenzusetzen; daher kommt die Hysterie schon bei geringen Anlässen zum Ausbruch, aber sie kann sich daher auch nicht so fest einwurzeln und das Gesamtnervensystem nicht so stark alterieren wie beim Erwachsenen.

Damit kommen wir auf die Entstehungsursachen, die Aetiologie der kindlichen Hysterie zu sprechen.

Es ist zweckmässig und notwendig, wie es schon Briquet und nach ihm Gilles de la Tourette, Charcot und Andere gethan haben, hier einmal die prädisponierenden und andrerseits die determinierenden Ursachen zu unterscheiden. Alle Autoren sind darin einig, dass unter den prädisponierenden Ursachen die hereditäre Belastung die Hauptrolle spielt. Briquet hat zuerst an der Hand eines grossen Zahlenmateriales die Bedeutung der Heredität für die Hysterie festgestellt. Unter 1103 (430 Männern, 673 Frauen) Familienmitgliedern von 351 Hysterischen fand er 214 Hysterische, 13 Epileptiker, 16 Blödsinnige, 1 mit Delirium tremens, 1 mit Paraplegie, 3 Somnambulen, 14 mit krampfartigen Krankheiten, 10 mit Apoplexien, im ganzen 272 mit Störungen des Nervensystems auf 1103, also fast ein Verhältnis von 1 : 4. Er berechnet ferner, dass die Kinder hysterischer Eltern 12mal mehr zur Hysterie prädisponiert sind, als die Kinder Nicht-

hysterischer, und dass für die Tochter einer hysterischen Mutter die Wahrscheinlichkeit, gleichfalls hysterisch zu werden, mehr als $^1/_4$ beträgt.

„Die Hysterie", sagt Pitres[1]), „besteht nicht in diesem oder jenem Anfall, sondern in der krankhaften Veranlagung, infolge derer durch irgendwelche, oft an sich ziemlich unbedeutende Gelegenheitsursachen die verschiedensten funktionellen Störungen hervorgerufen werden." „Die wahren Hysterischen sind hysterisch, ehe sie die eclatanten Anfälle der Hysterie darbieten, und sie bleiben hysterisch, nachdem diese Anfälle verschwunden sind. On naît hystérique, on ne le devient pas. L'hérédité crée la diathèse; ces causes occasionnelles ne font que provoquer l'apparition des accidents."

Welche Rolle die Heredität spielt, lässt sich an einer grossen Reihe von Krankengeschichten Hysterischer, Kinder sowohl wie Erwachsener, direkt ablesen. Hysterische Eltern haben gewöhnlich hysterische Kinder. Legrand du Saulle[2]) berichtet von einem Fall, wo eine hysterische Mutter 6 hysterische Töchter hatte.

Aber auch andere Nerven- und Geistes-Krankheiten prädisponieren zur Hysterie. Pitres fand unter 26 direkten Ascendenten von 13 Hysterischen 20, welche neuropathisch waren, (Hysterische, Epileptische, Blödsinnige, Alkoholiker). Dasselbe gilt auch von anderen krankhaften Konstitutionen, der rheumatischen, arthritischen und tuberkulösen Diathese. Der Einfluss dieser sogenannten transformierenden Vererbung wird allerdings von einigen Autoren z. B. von Gilles de la Tourette für sehr zweifelhaft gehalten, von Bruns[3]) direkt bestritten, welcher überhaupt meint, dass der Vererbung der Nervenkrankheiten zu viel Bedeutung beigelegt wird; aber andre Beobachter haben einen deutlichen inneren Zusammenhang der betreffenden Erkrankungen beobachtet. So hat Grasset[4]) an der Hand von 25 Krankengeschichten nachgewiesen, dass gerade

1) Pitres: Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. Paris.
2) Legrand du Saulle: Les hystériques.
3) Bruns a. a. O.
4) Grasset: The relation of hysteria with the scrofulous and the tubercular diathesis. Brain 1884. p. 433.

die tuberkulöse und scrophulöse Diathese bei dem Zustandekommen der Hysterie eine grosse Rolle spielt. Er führt Fälle an, wo beide Krankheiten in einer Familie geradezu alternieren. Einmal ist von 3 Schwestern eine phthisisch, die beiden andern sind hysterisch, während die Tochter der einen der beiden letzteren wieder ausgesprochene Symptome scrophulöser und tuberkulöser Diathese darbietet. In einem andern Falle hat von 4 Kindern das eine eiternde Drüsen, ein zweites Lungenschwindsucht, ein drittes tuberkulöse Meningitis, das vierte Hysterie. Und aus dem Krankenmaterial der Baseler Kinderklinik hat Duvoisin[1]) neben einer neuropathischen Belastung von 58% eine tuberkulöse hereditäre Belastung von 50% herausgefunden.

Unter den eigentlichen Konstitutionsanomalien spielen Anämie und Chlorose eine ziemlich bedeutende Rolle.

Daneben treten die andern prädisponierenden Momente zurück, dürfen aber doch nicht übersehen werden. Hier ist in erster Linie eine fehlerhafte Erziehung zu nennen. Langes Aufbleiben am Abend, Gesellschaften, lebhafte, aufregende Spiele, Theaterbesuch und Theaterspielen, vor allem das Erzählen von Schauergeschichten können unzweifelhaft auf das kindliche Gemüt dermassen einwirken, dass eine Disposition für den Ausbruch der Hysterie gegeben ist. So erzählt Baratoux[2]) einen Fall, wo 6 Kinder ein und derselben Familie von Hysterie befallen wurden, nachdem man ihnen bis zum Ueberdruss phantastische Geschichten erzählt hatte, in denen Hexen und Gespenster die Hauptrolle spielten.

Endlich können Geschlechtsreizungen, wie Onanie, in manchen Fällen die Entwickelung der Hysterie begünstigen.

Ist so die Disposition für die Hysterie einmal vorhanden, so bedarf es nur irgend einer determinierenden Ursache, eines „agent provocateur“ nach Charcot, um letztere zum Ausbruch kommen zu lassen.

Als solche sind in erster Linie Gemütsbewegungen, Furcht,

1) M. Duvoisin: Ueber infantile Hysterie. Inaug.-Dissert. Basel 1889.
2) cit. von Gilles de la Tourette a. a. O.

Schrecken, beängstigende Träume oder sonstige gemütliche Alterationen zu nennen. Sie rufen bei Kindern schon eine Wirkung hervor, wenn sie auch an sich ziemlich unbedeutend sind, da die leicht erregbare Kinderseele ihnen keinen genügenden Widerstand entgegenzusetzen vermag. Ein Kind, das nachts aus irgend einem Grunde aufwacht, hält irgend einen Gegenstand im Dunkeln für eine drohende Erscheinung; es bekommt grosse Angst, und die Hysterie bricht aus. Ein Kind wird abends auf der Strasse von einem unbekannten Manne verfolgt, voller Schrecken kommt es nach Hause gelaufen, kaum ist es angekommen, so verfällt es in hysterische Krämpfe.

In andern Fällen wieder ist es ein Trauma, eine Verletzung, eine Züchtigung, das das auslösende Moment darstellt. Auch hier ist wohl meistens das psychische Moment, der Schreck infolge des plötzlichen Schmerzes, wirksam.

Auch akute Infektionskrankheiten hat man, und gewiss mit Recht, für den Ausbruch der Hysterie verantwortlich gemacht. Nach Typhus, Pneumonie, Scharlach, Influenza, Diphtherie, akutem Gelenkrheumatismus hat man wiederholt Hysterie auftreten sehen. Zwei derartige Fälle bei Erwachsenen hat Grasset[1]) beschrieben. In dem ersten handelt es sich um ein 23jähriges Mädchen, das in der Reconvalescenz nach einem 3wöchentlichen, mässig schweren Typhus an ausgesprochener Hysterie mit Lähmungen der Beine, Anästhesien, Ovarialschmerz, Gesichtsfeldeinschränkung, erkrankte; neuropathische Belastung war nachzuweisen. In dem andern Fall bekam ein Soldat im Verlauf einer Influenza hysterische Kontrakturen der oberen und unteren Extremitäten, sowie handschuh- und manchettenförmige Anästhesien der Hand. Auch hier liess sich die erbliche Belastung nachweisen; es bestand Arthritismus der Eltern, Neuralgieen bei der Schwester und Neigung zu Kontrakturen bei ihm selbst.

1) Grasset: Leçons sur deux cas d'hystérie provoquée par une maladie aigué. Paris 1890.

Aber auch bei Kindern kommt Hysterie nach akuten Infektionskrankheiten vor. Ein 9 Jahre altes Mädchen [1]) erkrankte an akutem Gelenkrheumatismus. In der Reconvalescenz traten Motilitätsstörungen der Beine, Kontrakturstellung, auf, die durch eine ganz leichte Chloroformmarkose gelöst wurde. Einige Tage darauf war vollständige Bewegungslosigkeit der Beine vorhanden; später trat völlige Heilung ein, bis Patientin an einem erneuten Gelenkrheumatismus zu Grunde ging.

Vielleicht die häufigste Aetiologie für den Ausbruch der Hysterie besteht besonders bei Kindern in der Nachahmung, infolge des starken psychischen Eindrucks, den der Anblick eines Anfalls auf das Gemüt hervorruft. Schon Briquet hat darauf hingewiesen, dass der blosse Anblick eines hysterischen oder eines ähnlichen Anfalls genügt, um bei andern einen typischen hysterischen Anfall hervorzurufen, und in der That giebt es dafür zahlreiche Beobachtungen. Ein 7jähriges [2]), vollständig gesundes, geistig und körperlich normal entwickeltes, begabtes und in guten Verhältnissen aufgewachsenes Mädchen sah eines Tages dem Gebahren eines betrunkenen Mädchens zu; am nächsten Morgen bekam sie geringe clonische choreaartige Zuckungen im Gesicht und an den Armen; sie sah verstört um sich, schlug bisweilen mit den Armen aus, ähnlich so, wie das betrunkene Mädchen es gemacht hatte. Nach mehreren Tagen trat plötzlich ein Erschlaffungszustand ein, der bald in ausgesprochene Parese aller vier Extremitäten, sowie der Rücken- und Nackenmuskulatur überging. Ab und zu traten noch Krämpfe im Gesicht auf, ferner stellten sich Pharynxkrämpfe, krampfhafte Hustenanfälle, Aphonie ein, Erscheinungen, die sich alle bald wieder verloren. Während der ganzen Zeit bestand auffallende Druckempfindlichkeit in beiden Iliacalgegenden. Bei einer Behandlung mit Eisen, Valerianainfus und Faradisation gingen die Lähmungserscheinungen

1) H. Schmidt: Ueber das Vorkommen der Hysterie bei Kindern. Inaug.-Dissert. Leipzig 1880.

2) Langgaard: Om Hysterie hos Börn. Hosp. Tidende 1884. Band 11. (ref. Jahresbericht. Virchow-Hirsch.)

allmählich zurück, nach etwa 5 Wochen waren wieder aktive Bewegungen möglich, und es erfolgte dann rasch völlige Heilung.

In der Culturgeschichte der europäischen Völker begegnen wir einer Menge von Epidemieen psychischer Natur, welche wir unzweifelhaft auf Hysterie, hervorgerufen durch Nachahmung, beziehen müssen. Solche Epidemieen, wie sie die Kinderkreuzzüge, die Züge der Geissler u. s. w. darbieten, die bei dem Aberglauben und der Unaufgeklärtheit der Bevölkerung eine immense Ausdehnung erlangten, kommen heutzutage wohl nicht mehr vor; aber in geringerem Massstabe finden wir sie, besonders in abgelegenen, ungebildeten Gemeinden, auch heute noch. So ereignete sich [1]) im Jahre 1888 im Kirchspiel Nilsiä in Finnland eine derartige Epidemie. Eine 16 Jahre alte Dienstmagd wurde beim Tanzen von heftigen Krämpfen befallen; einige Tage darauf erkrankte ein anderes junges Mädchen, das mit der ersten auf demselben Hof diente, in derselben Weise, und in kurzer Zeit wurden noch viele andere, meist weibliche Personen von Krämpfen, Hallucinationen und Verzückungen befallen. Die Zahl der Erkrankten betrug schliesslich etwa 50, unter denen sich 7 Männer befanden. Es wird hinzugefügt, dass die Gemeinde sich in einer vom Verkehr abgeschlossenen Lage befindet und längere Zeit unter dem Einfluss eines fanatischen, bekehrungseifrigen Geistlichen gestanden hatte.

Bei einer dreitägigen Hochzeitsfeier [2]) verfiel die junge Frau während der Mahlzeit plötzlich in Krämpfe. Infolge des blossen Anblicks erkrankten von den bei dem Hochzeitsschmause anwesenden 10 Männern und 19 Weibern nicht weniger als 6 Männer und 8 Weiber.

Eine Arbeiterin [3]) bekam auf die Nachricht hin, dass ihre Eltern durch eine Feuersbrunst ruiniert worden waren, hysterische Krämpfe

1) Hjelmann: Eine Epidemie hysterischer Zustände. (Ref. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 47. 1891. p. 251.)

2) W. J. Jacowenko: Eine Epidemie von hysterischen Krämpfen im Podolskschen Kreise.

3) Dr. Seeligmüller: Eine hysterische Epidemie. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. 1877. Bd. 33.

mit Opisthotonus, Herumschleudern des Körpers, Drehbewegungen etc. Bald darauf erkrankten zwei Freundinnen, welche während der Anfälle bei ihr auf demselben Zimmer waren, in derselben Weise, und einige Tage später 6 weitere, welche mit den anderen auf demselben Schlafsaal schliefen. In demselben Bericht von Seeligmüller werden noch zwei weitere Epidemieen aus der Litteratur mitgeteilt, eine aus einer englischen Fabrik, wo 24 Mädchen ergriffen wurden, darunter 2 im Alter von 10 Jahren; 3 von den Mädchen hatten die Anfälle garnicht mal selbst gesehen, sondern nur davon erzählen hören; der andere Fall ereignete sich in der Berliner Charité, wo 14 Patientinnen befallen wurden, zu denen sich im Laufe der Behandlung noch zwei junge Krankenwärter hinzugesellten.

Derartige Epidemieen sind gerade in Krankenhäusern ziemlich häufig. Im Lyoner Hôtel-Dieu wurde 1835 ein junges Mädchen mit täglich wiederkehrenden hysterischen Anfällen aufgenommen. Durch die kleinste Aufregung, ja schon durch den Gedanken an einen Anfall, wurde ein solcher ausgelöst. Am Tage nach ihrem Eintritt bekam eine 30jährige ihr benachbarte Patientin gleichfalls Krampfanfälle. Eine dritte, welche die beiden in ihren Krämpfen daliegen sah, fühlte sich plötzlich von allgemeiner Unruhe ergriffen, welche sich bald zu denselben Krampferscheinungen steigerte, wie sie bei jenen vorhanden waren. Ebenso ging es einer vierten, die einige Betten davon entfernt lag, und einer fünften. Nun traten alle 2—3 Stunden allgemeine Krämpfe auf; sobald eine damit anfing, verfielen die andern auch sofort in Krämpfe. Die Kranken wurden nun weiter auseinander gelegt, sodass sie einander nicht sehen konnten, aber die Anfälle blieben bestehen; sobald eine einen Anfall bekam, hörten die andern das Geräusch und ihr Geschrei und bekamen augenblicklich ihrerseits gleichfalls Krämpfe.

Wenn schon bei Erwachsenen derartige Uebertragungen von Hysterie vorkommen, so ist es sehr begreiflich, dass sie bei Kindern, auf deren Gemüt der Anblick eines solchen Anfalls hochgradig einwirken muss, recht häufig sind. So sehen wir denn auch solche Epidemieen häufig ausbrechen in Schulen, Pensionaten, Kinder-

krankenhäusern und dergl. Boerhaave [1]) erzählt folgenden Fall: In einem Hospital in Harlem, wo Arme gespeist wurden, bekam ein kleines Mädchen Krampfanfälle; bei dem Anblick wurde ein zweites Mädchen ebenfalls davon befallen, am andern Tag ein drittes, ein viertes und so fort. Die Krämpfe der einen riefen Krämpfe bei den andern hervor.

Im Waisenhause zu Bremen [2]), welches ca. 150 Kinder im Alter von 8— 16 Jahren beherbergt, wurde eine sich über Jahre erstreckende Epidemie hysterischer Contrakturen beobachtet. Schon im Jahre 1879 waren wiederholt Krämpfe vorgekommen, desgleichen häufig Enuresis nocturna. 1882 trat hysterisches Erbrechen auf. Im Winter dieses Jahres erkrankte ein 11jähriges Mädchen mit Contraktur des Armes; bald darauf ein 12jähriges Mädchen mit Contraktur im Hüftgelenk, im nächsten Frühjahr ein drittes ebenfalls mit Contraktur im Hüftgelenk. Im Sommer und Herbst wurden dann drei Mädchen von Contrakturen im Kniegelenk befallen. Bei manchen schon geheilten Patientinnen traten Rückfälle ein. 1884 waren in der Anstalt vorhanden: 8 Contrakturen im Hüftgelenk, eine im Ellenbogengelenk. 1886 erkrankten zwei Mädchen an spastischer Skoliose mit anästhetischen Zonen auf der befallenen Seite und Schmerzen. Dass es sich in allen diesen Fällen um Hysterie handelte, liegt auf der Hand, und der Verlauf bestätigte es. In sämtlichen Fällen wurde Heilung erzielt durch einen in Narkose angelegten und zwei Wochen liegen gelassenen Gypsverband.

Interessant ist auch die im Jahre 1891 in der katholischen Mädchenschule in Biberach [3]) vorgekommene Epidemie, wo 13 Mädchen im Alter von 11— 13 Jahren an hysterischen Anfällen erkrankten. Ein Mädchen hatte in der Kirche gesehen, wie eine fremde Dame einen Krampfanfall bekam; bald darauf wurde ihr übel, sie fühlte ihre Beine wie gelähmt und fiel dann in einen

1) Cit. v. Briquet a. a. O.

2) Tölken: Beobachtungen über hysterische Contrakturen. (Zeitschr. f. klin. Med. XVII. 1890. Suppl. Heft.)

3) K. Rieger: Psychische Epidemie, Hysterie und Hypnotismus. (Centralbl. f. Nervenheilk. XV. 1892.)

schlafähnlichen Zustand. Solche Anfälle wiederholten sich dann öfter. Die andern Mädchen sahen entweder diese Anfälle mit an, oder hörten von ihnen erzählen; infolgedessen bekamen noch 12 andere teils dieselben Schlafanfälle, teils Krampfanfälle.

In der Dorfschule zu Tinz [1]) bekam ein 10jähriges Mädchen einen Anfall von Zittern der rechten Hand, das sich allmählich über den ganzen Körper erstreckte. Am nächsten Tage ereignete sich dasselbe bei mehreren andern. Bald darauf bekam das erste Mädchen Krämpfe und fiel unter die Bank, und in kurzer Zeit bekamen nicht weniger als 20 andere Mädchen ebenfalls Krämpfe.

Eine ähnliche Epidemie, bei der 26 Schulkinder von hysterischen Krämpfen befallen wurden, ereignete sich in Wildbad [2]).

Wohl die ausgedehnteste Epidemie dieser Art wird neuerdings aus Basel berichtet [3]). In einer dortigen Mädchenschule erkrankten 62 Schülerinnen an Anfällen von heftigem Zittern in den Armen. Interessant war es dabei, die Art der Ausbreitung dieser Epidemie zu verfolgen. Es liess sich nachweisen, dass in der zuerst erkrankten Klasse ein einzelnes Mädchen befallen wurde, und von diesem aus sich die Krankheit ganz concentrisch weiter verbreitete; zunächst beschränkte sie sich auf die Umsitzenden und zog dann immer weitere Kreise. Einige gleichfalls erkrankten katholischen Schülerinnen, welche während des evangelischen Religionsunterrichts in eine andere Klasse geschickt wurden, inficierten auch diese, indem sie dort eine Reihe von Anfällen hervorriefen. Ja sogar in eine ganz andere, von dieser getrennt liegende Schule wurden die Anfälle durch die Schwester einer Erkrankten hineingetragen. Merkwürdiger Weise fanden die Anfälle fast nur in der Schule, selten zu Hause statt, und so nahm die Epidemie in den Ferien bedeutend ab, um nach Beendigung derselben sofort wieder aufzublühen.

1) Hirt: Epidemie von hysterischen Krämpfen in einer Dorfschule. (Berl. klin. Wochenschr. No. 50. 1892.)

2) Wichmann: Eine sog. Veitstanzepidemie in Wildbad. (Deutsche med. Wochenschr. 1890. No. 29 und 30.)

3) Fr. Aemmer: Eine Schulepidemie von Tremor hystericus. Inaug.-Dissert. Basel 1893.

Derartiger psychischer Epidemieen lassen sich noch eine grosse Zahl anführen; sie alle zeigen, dass es namentlich bei Kindern oft eines nur unbedeutenden Anlasses bedarf, um die Hysterie zum Ausbruch zu bringen, zu der natürlich eine Prädisposition, wenn sie auch nicht klar zu Tage liegt, vorhanden sein muss.

In der hiesigen psychiatrischen Klinik gelangten im Frühjahr dieses Jahres zwei Fälle von hysterischer Psychose bei Geschwistern in jugendlichem Alter zur Beobachtung, die man auch gewissermassen als Epidemie innerhalb einer Familie bezeichnen kann, und die wegen der besonderen ätiologischen Verhältnisse einiges Interesse darbieten.

Ich führe zunächst die für beide Fälle gemeinsame Anamnese an und lasse dann die Krankengeschichte jedes einzelnen Falles folgen:

Der Vater der beiden Kinder starb vor drei Jahren an tuberkulöser Meningitis; er hatte ausserdem ein Leberleiden; die Frau bestreitet zwar, dass er besonders viel getrunken habe, doch wird von anderer Seite Potus angegeben. Ein Bruder des Vaters starb in einem epileptischen Anfall; zwei andere Brüder sind an Schwindsucht gestorben. Die Mutter lebt und ist gesund; ein Bruder der Mutter soll an Schwindsucht und Herzleiden gestorben sein; eine Schwester des Vaters der Mutter ist angeblich nervös.

Im Frühjahr 1897 erkrankte die 17jährige Schwester Emmerentia; sie klagte über Uebelsein und Kopfschmerzen; hat auch einmal erbrechen müssen. Im Anfang soll sie Fieber bis 38° gehabt haben. Sie lag drei Wochen lang zu Bett, in deren Verlauf sie weiterhin über Schmerzen im Nacken klagte; indessen war derselbe nicht steif. Die Augen konnte sie immer richtig bewegen, auch war sie nie benommen oder verwirrt. Allmählich besserte sich der Zustand ein wenig, doch klagte sie noch immer bisweilen über Kopfschmerzen, Müdigkeit und Uebelsein. Anfang Dezember 97 wurden die Beschwerden heftiger. Vom 21. ab konnte sie nicht mehr ausser Bettes bleiben; sie erbrach auch einmal. Am 22. hatte sie Fieber, 38°; sie klagte über Schmerzen am ganzen Körper, besonders aber im Kopf, Genick und in der Lendenwirbelsäule. Am 30. steigerte sich das Fieber; sie begann verwirrt zu sprechen; das eine Augen-

lid hing schlaff herab, als ob es lahm wäre. Die Augen soll sie noch haben bewegen können. Nur vorübergehend wurde sie von da ab wieder etwas klarer. Während dieser Zeit inspirierte sie oft krampfhaft und zog dabei die Achseln in die Höhe. Am 4. Januar soll sie das linke herabhängende Augenlid wieder haben heben können. Am 5. soll sie auf einmal Fragen richtig beantwortet haben; sie röchelte viel, dann trat der Exitus ein. Die Diagnose lautete: tuberkulöse Meningitis.

Die beiden Geschwister, welche bald darauf erkrankten, waren ebenso wie die anderen häufig bei der kranken Schwester, in den letzten Tagen sollen gerade diese beiden beständig um die Kranke herum gewesen sein.

Ich lasse nun die einzelnen Krankengeschichten der beiden Geschwister folgen:

I.

Marie B., 15 Jahre alt, war nach den Angaben der Mutter schon in früher Jugend kränklich und schwächlich. Sie machte Scharlach und Diphtherie durch, dreimal hatte sie Lungenentzündung, zuletzt vor sieben Jahren. Mit 7 Jahren kam sie zur Schule, hat immer sehr gut gelernt, war die erste Schülerin; ihr Betragen war gut, mit ihren Schulgenossinnen kam sie gut aus. Bis zum 14. Jahr blieb sie in der Schule, dann wurde sie zu Hause beschäftigt. Vor 3 Jahren, im Frühjahr 1895, wurde sie so schwach, dass man glaubte, sie bekäme die Schwindsucht. Sie ass sehr wenig, hatte immer Kopfschmerzen und war sehr blass.

Etwa am 16. Januar 1898, bald nach dem Tode ihrer Schwester, klagte sie über Schmerzen in den Beinen; beim Auftreten fühlte sie jedesmal heftiges Stechen bis über das Knie herauf. Dies verschlimmerte sich immer mehr, am 23. Jan. konnte sie nicht mehr aufstehen; sie klagte ausserdem über Kopfschmerzen und Uebelkeit, an den Beinen bestand grosse Empfindlichkeit. Die Temperatur betrug zwischen 37 und 38°. Der Arzt meinte, sie bekäme dieselbe Krankheit wie die verstorbene Schwester; am 27. soll er Veränderungen an den Lungenspitzen bemerkt und Pillen verordnet haben. Sie nahm abends eine davon, konnte aber die Nacht über nicht schlafen, hatte starken Brechreiz und meinte am anderen Morgen, die Pille läge ihr noch im Magen, und sie könne den Geschmack garnicht wieder los werden. Am selben Tag bekam sie einen Krampf

in den Beinen; die Unterschenkel waren in die Höhe gezogen, sodass sie im Kniegelenk gebeugt, aufrecht im Bett standen. Abends traten allgemeine Krämpfe auf, der Atem wurde beschleunigt, es kamen Erstickungsanfälle. So ging es nun täglich 4—5mal; am 30. Jan. dauerte der Anfall abends eine ganze Stunde, und Pat. schien hinterher bewusstlos, sodass sie ihre Umgebung nicht mehr erkannte. Die Krämpfe fingen jedesmal in den Beinen an, wo sie, wie sie sagte, das Herannahen des Anfalles schon $^1/_2$ Stunde vorher spürte. Dabei klagte sie auch über Kopfschmerzen. Vom 2.—7. Februar waren die Anfälle ungeheuer heftig; Pat. bäumte sich hoch auf, beschrieb im Bett einen Kreisbogen mit dem Körper und wurde ganz steif; sie hatte keine Empfindung mehr, sang Kirchenlieder und schien ohne Bewusstsein. In der folgenden Zeit, bis zum 17. Febr., war sie wieder ganz munter, klagte nur über Schmerzen in den Beinen und konnte nicht stehen. Am 18. Febr. konnte sie ein wenig umhergehen, aber nicht sitzen und nicht liegen. Abends bekam sie plötzlich wieder einen heftigen Anfall; sie sass aufrecht, den Oberkörper vornübergebeugt, mit heraufgezogenen Beinen im Bett; die Atmung war frequent und schwer. Sie bekam heftiges Zittern, sodass das Bett mitzitterte, dann regelrechte Krämpfe am ganzen Körper, Schaum trat ihr aus dem Munde. Dann schlug sie die Arme nach der Seite und machte den Körper ganz steif; auch lag sie nach der Seite ganz steif aus dem Bette heraus; dabei war sie so empfindlich, dass kein Mensch sie anrühren durfte. Am 20. Febr. trat zum erstenmal die Menstruation ein, welche 4 Tage anhielt. Dabei dauerten die Anfälle noch immer fort; sie war anscheinend ohne Besinnung, hörte nicht auf Anrufen, ass garnichts. 14 Tage lang dauerte dieser Zustand der Besinnungslosigkeit; doch äusserte sie während dieser Zeit: „Mir stichts in den Ohren, ich habe Sausen darin.“ Eiterausfluss aus dem Ohr hat sie indessen weder jetzt noch früher gehabt.

Seit dem 6. März war sie wieder bei Besinnung, sie ass und sprach wieder ebenso wie früher. Indessen hörte sie jetzt garnichts mehr, sie merkte garnicht auf, wenn Schritte kamen.

Während der ganzen Zeit konnte sie mit Ausnahme des 17. Febr., wo sie ein paar Schritte ging, absolut nicht gehen und stehen, sie fiel um, wenn man sie losliess; zuletzt konnte sie sich auch im Bett nicht mehr aufrichten. Am 8. und 9. März hörte man bei den Anfällen ein lautes Plätschern von der Magengegend her durch das ganze Zimmer, sie klagte auch über Schmerzen im Magen. Gesehen soll sie immer gut haben. Ueber sonstige Gefühls-, Geruchs- und Geschmacksstörungen ist nichts bekannt. Die Arme waren nie gelähmt. Sprechen konnte sie

immer, nur sprach sie in der Zeit der schwersten Anfälle sehr leise. Zungenbisse, Incontinenz sind nie vorgekommen. Erbrechen war nicht vorhanden, nur Brechreiz.

Am 10. März wurde das Mädchen in die hiesige psychiatrische Klinik aufgenommen. Ueber den Status und den weiteren Verlauf heisst es im Journal:

Pat. wird von ihrer Mutter zur Klinik gebracht, muss auf die Abteilung getragen werden. Sie ist in gedrückter, missmutiger Stimmung, ihr ganzes Wesen macht den Eindruck eines schweren Leidens. Auf der Abteilung bekommt sie 1/2 Stunde nach dem Mittagessen einen Anfall. Dabei wird die Gegend des Magens unter lautem Plätschergeräusch nach vorn und oben krampfartig vorgewölbt, gleichzeitig treten krampfartige In- und Expirationsbewegungen auf. Die Krämpfe in der Magengegend erfolgen 130mal in der Minute. Das Plätschern hört man durch den ganzen Saal hindurch; die Arme zittern und sind etwas erhoben, ohne dass grössere Bewegungen mit denselben ausgeführt werden. Die Augen sind offen, die Pupillen reagieren auf Licht. Pat. ist bei vollem Bewusstsein und folgt den Vorgängen in ihrer Umgebung mit den Augen. Die Krämpfe von Brust- und Oberbauchgegend werden unterbrochen einmal von einer krampfartigen Bewegung des ganzen Körpers nach der Seite hin und zweimal durch Krämpfe, bei denen der Körper einen grossen Bogen (der Rücken concav nach der Bettfläche) beschreibt (arc de cercle). Der ganze Anfall dauerte 50 Minuten. Druck auf den Leib oder Bespritzen mit Wasser wirkten auf den Ablauf des Anfalles nicht ein.

Status: Schlecht genährtes, zart gebautes Mädchen, mit blasser Färbung der Haut und der sichtbaren Schleimhäute; dauernd etwas leidender Gesichtsausdruck. Kopfmasse: Längsdurchmesser 17 cm, Querdurchmesser 12,5 cm. Pupillen reagieren auf Licht und Convergenz; sie sind gleich weit. Augenbewegungen frei, soweit zu untersuchen ist. Gesichtsfeld auf beiden Seiten concentrisch eingeengt, besonders nach innen. Farben werden richtig angegeben. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert, ist grünlich belegt.

Brustkorb gut gewölbt, Lunge ohne Veränderungen. 48 Atemzüge in der Minute; die Atemzüge sind verschieden stark und folgen verschieden schnell auf einander; vorübergehend schliessen sich mehrere krampfartig an einander an. Bei der Atmung ist das Abdomen sehr stark beteiligt, es wird in seinem obern Teil jedesmal bedeutend vorgewölbt.

Herztöne sind rein, aber leise. Lebhafte Pulsation in den grossen Gefässen am Halse. Puls kräftig, 87 in der Minute.

Brüste gut entwickelt; Andeutung von Struma. Leber und Milz nicht vergrössert. Der Leib ist im Ganzen gespannt; Druck auf denselben erzeugt keine Anfälle.

Die ausgestreckten Hände zittern stark. Hin und wieder tritt am ganzen Körper lebhafteres Zittern auf. Keine Störungen des Berührungs- und Schmerzgefühls; keine Störung des Temperatursinns.

Keine Atrophie an den oberen Extremitäten; aktive und passive Bewegungen an denselben vollkommen frei.

Die Beine hebt Pat. mühsam bis zu 50° unter starkem Zittern. Sie führt sonstige Bewegungen im Hüft- und Kniegelenk ebenfalls mühsam, aber ausgiebig aus. In den Beinen besteht dabei starke Spannung. Passive Bewegungen lassen sich in kleinem Umfange leicht, bei grösseren Excursionen nur mit Ueberwindung eines grösseren Widerstandes ausführen. Die Beine liegen für gewöhlich ausgestreckt, die Füsse mit Andeutung von Spitzfuss. Kniephänomen und Achillessehnenreflex vorhanden; keine Atrophie an den unteren Extremitäten; Muskulatur etwas schlaff.

Pat. kann nicht allein gehen; lässt man sie mit Unterstützung Schritte machen, so sieht sie immer auf die Erde, macht kleine Schritte und schiebt den Fuss auf der Erde hin. Doch bekommt man sie bald dazu, dass sie nur eine ganz geringe Unterstützung, eigentlich nur eine Berührung braucht, um wenigstens langsam durch das Zimmer zu gehen.

Die electrische Erregbarkeit zeigt für beide Stromesarten vom Muskel wie vom Nerven aus normales Verhalten.

Hören kann Pat. garnicht. Nur hin und wieder macht es den Eindruck, als ob sie eins von den Worten vernähme.

Die schriftliche Verständigung gelingt gut, da Pat. gut und schnell auffasst; sie spricht leise, aber deutlich. Sie ist über Zeit und Ort orientiert, rechnet gut, macht überhaupt einen ziemlich intelligenten Eindruck.

Wenn Pat. durch Fragen fixiert wird, so treten die krampfartigen Bewegungen von Brust und Bauch zurück.

Nachdem der Pat. durch Schreiben mitgeteilt ist, das Gehen werde gut werden, wird sie an den Beinen mit faradischem Pinsel etc. elektrisiert; sie geht danach allein, zwar langsam und vorsichtig, den Blick auf die Füsse gesenkt, die sie über den Boden hinschiebt, den Korridor entlang. Ebenso wird ihr aufgeschrieben, sie werde jetzt hören, und sie wird dann mit verbundenen Augen im Gesicht elektrisiert; sie hört darauf gut.

11. März. Befund der Univ.-Ohrenklinik: Rechts trübes, mattglänzendes Trommelfell; Lichtkegel vollständig fehlend. Links derselbe

Befund. Flüstersprache wird rechts auf 40 cm, links auf 35 cm gehört.

Am 20. März, 10 Tage nach der Aufnahme, wird notiert:

Pat. hört gut, auch das Gehen ist im Ganzen gut, nur zieht sie das linke Bein noch immer nach und behauptet, dasselbe sei schwächer als das rechte, auch habe sie noch Schmerzen darin. Psychisch keine bemerkbare Störung; sie ist viel heiterer und besser gelaunt als bei der Aufnahme, sie ist verträglich und freundlich. Im Lauf des Tages ein Anfall von 25 Minuten Dauer: Die Augen waren geschlossen, zeitweise auch offen, die Pupillen reagierten. Mehrmals arc de cercle; nur kurze Zeit, nicht während des ganzen Anfalles, war Plätschergeräusch zu hören.

21. März. Anfall von 40 Minuten Dauer; kein deutliches Plätschergeräusch, Atmung sehr beschleunigt.

15. April. Das Gehen wird immer besser; Pat. wird regelmässig elektrisiert.

25. April. Pat. befindet sich andauernd gut, sie arbeitet fleissig im Nähsaal, Anfälle sind nicht mehr aufgetreten; sie ist heiter und vergnügt und unterhält sich lebhaft und freundlich mit ihrer Umgebung.

27. April. Geheilt entlassen.

II.

Adolf B., 13 Jahre alt, Bruder der vorigen, hat nach den Angaben der Mutter als Kind im Alter von 2 Jahren Lungenentzündung, im Alter von 7 Jahren Scharlach und Diphtherie gehabt. Sein Wesen war stets erregt, leicht reizbar. In der Schule hat er gut gelernt, war lebhaft und aufgeweckt. Im Sommer 97 klagte er vorübergehend über Schmerzen in der Magengegend.

Am 18. Januar 98 kam er von der Kirche nach Hause und klagte über Kopfschmerzen, Brechreiz, über Frost und Hitze. Zu Bett gebracht, wurde er sehr verwirrt, redete confuses Zeug, verkannte seine Umgebung, hatte angeblich Gehörstäuschungen. Vom Arzt bekam er Pulver und Abführmittel. Sein Zustand besserte sich dann. Nach 4 Tagen konnte er das Bett wieder verlassen und im Hause umhergehen, Klagen über Müdigkeit bestanden jedoch noch. Erbrechen, sowie Nackensteifigkeit und Fieber waren nicht vorhanden.

Am 27. Januar klagte er nachts über heftigen Durst, die Temperatur betrug 37,9°. Am 28. blieb er im Bett, klagte über Müdigkeit, Schmerzen in der Seite, wahrscheinlich rechts (genau wissen weder er, noch die Angehörigen das anzugeben) und in den Beinen. Am 30. Januar bekam er zum ersten Male einen Krampfanfall. (Am 28. hatte die Schwester den ersten Anfall gehabt.) Er atmete röchelnd und beschleunigt, wälzte sich im Bett umher, es traten rythmische krampfhafte Zuckungen

an Armen und Beinen auf. Dabei fing er an, heftig auf seine Umgebung zu schimpfen, auf Fragen gab er keine Antwort. Das Gesicht soll vorübergehend blau gewesen sein; das Bewusstsein blieb erhalten, keine Enuresis. Etwa eine Stunde lang nach dem Anfall war er verwirrt, soll die Umgebung nicht erkannt haben.

Aehnliche Anfälle wiederholten sich nun anfangs 3—6, später 3—4mal am Tage bis zum 4. Februar. Nach den Anfällen soll er häufig nicht ordentlich haben sprechen können; er setzte dann fast vor jedes Wort die Vorsilbe „ge". Nach manchen Anfällen lag er ruhig da, rührte sich nicht und sprach eine Stunde lang garnicht. Oft dagegen war er nach dem Anfall erregt, sang Schul- und Kirchenlieder und soll manchmal die Umgebung nicht erkannt haben. Vielfach konnte er auch zeitweise nicht gehen, er kroch dann auf allen Vieren. In den Anfällen selbst kam es öfters zu ausgesprochenem arc de cercle. Das Herannahen der Anfälle merkte er oft schon eine halbe Stunde vor dem Ausbruch an einem Schmerz in der Seite. Besondere Ursachen für das Auslösen von Anfällen, wie Hereintreten von Menschen, fanden nicht statt, wenn aber jemand während des Anfalls dazukam, wurde es schlimmer. Urin und Stuhl sind nie unwillkürlich abgegangen.

Vom 4.—18. Februar blieben grössere Anfälle aus; er bekam nur ab und zu Zuckungen am ganzen Körper: die Mutter beschreibt sie als Zusammenfahren mit beschleunigter Atmung, das ½—1 Stunde dauerte. Tagsüber war er sonst ausser Bett, spielte und hatte keine Klagen.

Am 19. Februar morgens konnte er plötzlich nicht mehr gehen. Am Abend bekam er wieder einen Anfall, ohne besondere Ursache. (Bemerkenswert ist, dass am 18. die Schwester den zweiten schweren Anfall gehabt hatte.) Auch diesen Anfall fühlte er wieder nahen an dem Schmerz in der Seite. Der Anfall glich ganz den früheren: der Knabe wälzte sich im Bett umher, schleuderte die Arme umher und stampfte mit den Füssen. Von da ab kamen wieder täglich Anfälle bis zu 4 am Tage. Manchmal soll er dabei seine Mutter nicht erkannt, auf Anreden nicht reagiert haben. Wie früher, lag er auch jetzt nach dem Anfall ruhig und sprachlos da oder er war aufgeregt, sprach verkehrt, sang, das alles bis zur Dauer von einer Stunde; dann war er wieder ordentlich.

Am 22. begann er vor alle Worte den Buchstaben „g" zu setzen; auf Befragen gab er darüber an, es sitze ihm etwas im Halse, was ihn dazu veranlasse, jedesmal so zu thun. Die Besinnung hat er, wie erwähnt, nur manchmal bis 1 Stunde nach dem Anfall verloren, sonst nie. Seit dem 22. sagte er, er sähe auf dem linken Auge gar nichts mehr;

schon vorher hatte er über Schmerzen in demselben geklagt, er könne es nicht schliessen, es reisse so darin. Nachts war der Knabe stets ruhig und schlief.

Zu bemerken ist noch, dass die beiden Geschwister, die zusammen viel um ihre kranke Schwester herumgewesen waren, auch in demselben Zimmer lagen, bis sie beide fast um dieselbe Zeit den ersten schweren Anfall bekamen. Infolgedessen wurden sie am 30. Januar getrennt. Vom 7. Februar ab, wo es mit beiden wieder bedeutend besser ging, waren sie auf und verkehrten viel mit einander. Am 18. bekam die Schwester zum zweiten Mal ihre Anfälle, sie wurden am 19. wieder getrennt, aber noch an demselben Tage brachen auch bei dem Knaben die Anfälle wieder aus. Von nun an sahen sie sich nicht mehr, aber es wurde häufig von dem Zustand des einen Kranken in Gegenwart des andern gesprochen; manchmal erkundigte sich auch eines nach dem Zustand des andern.

Das Aufnahmejournal vom 1. März enthält folgende Angaben:

Pat. wird von seiner Grosstante gebracht; verhält sich bei der Aufnahme ruhig. Da er nicht gehen kann, muss er auf die Abteilung getragen werden. Ueber seine Anfälle giebt er an, er habe toben müssen, d. h. er habe gezittert; dass ein Anfall komme, merke er daran, dass etwas in seinem Unterleib auf- und abgehe. Während der Anfälle wisse er manchmal nicht, was mit ihm vorgehe; meist aber sei er bei Bewusstsein; auf dem linken Auge sähe er seit 8 Tagen fast gar nichts.

Status:

Grösse 139 cm.
Gewicht 32,5 ko. s.
Temperatur 37,6°.

Kräftig gebauter Knabe, von gutem Ernährungszustand, blasse Farbe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Kopfmasse: Längsdurchmesser 18 cm, Querdurchmesser 15,25 cm; Kopf ohne Narben.

Pupillen mittelweit, beiderseits gleich; Reaktion auf Licht und Konvergenz vorhanden; Augenbewegungen frei. Finger erkennt er mit dem rechten Auge auf 3 Meter, links gibt er die Zahl der vorgehaltenen Finger falsch an. Mit dem Simulationsstereoskop geprüft, zeigt sich, dass er auf beiden Augen gleich gut sieht.

Die Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert nicht; Facialisinnervation intakt.

Kiefer und Gaumen ohne Befund, der weiche Gaumen hebt sich gut bei der Phonation.

Die Lungen bieten normalen Befund.

Herzdämpfung nicht vergrössert, über allen Ostien ein leises systolisches Geräusch; Herzaktion regelmässig.

Abdominalorgane ohne Besonderheiten.

Uebt man auf die Stelle, an der es vor Beginn des Anfalls auf und ab gehen soll — dieselbe befindet sich etwas nach oben von der Spina anterior superior rechts — einen Druck aus, so macht der Knabe einige krampfhaft zuckende Bewegungen mit den Beinen und wirft sich dann blitzschnell herum, so dass er auf den Bauch zu liegen kommt. Wie er angibt sind so die leichteren Anfälle.

Die Motilität und die grobe Kraft der oberen Extremitäten ist nicht gestört; die Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten sind in normaler Stärke vorhanden.

Bewegungen an den unteren Extremitäten werden ohne Kraft ausgeführt. Partellarsehnenreflex beiderseits vorhanden, nicht gesteigert; Fussclonus nicht vorhanden; das Prüfen desselben wird als schmerzhaft angegeben. Fusssohlenreflex fehlt, Kremaster- und Bauchdeckenreflex vorhanden. Pinselstriche werden überall als solche empfunden und gut localisiert. Kopf und Spitze der Nadel werden fast am ganzen Körper als Spitze bezeichnet. Warm und Kalt werden überall gut unterschieden.

Stellt man den Patienten aufrecht, so lässt er sich in die Knie sinken. Er geht mit kurzen, vorsichtigen Schritten und stützt sich dabei auf die Hände des Arztes; lenkt man dabei seine Aufmerksamkeit ab, so stützt er sich mit weniger Kraft und geht mit grösseren Schritten.

Weiter wird notiert:

2. März. Patient hat gut geschlafen. Bei dem Versuch, ihn aus dem Bett zu nehmen, stellt er sich anfangs garnicht auf den Boden, krümmt die Füsse klauenartig zusammen und sinkt in die Kniee ein. Auf Zuspruch und mit doppelseitiger Unterstützung geht er dann, bringt aber die Füsse kaum vom Boden und hält sie auch noch krallenartig; dabei ist der Blick nach unten gesenkt. Schliesslich macht er einige Schritte selbständig.

Pat. wird dreimal wöchentlich an den Beinen faradisiert, täglich erhält er eine kalte Abreibung, sowie 3mal tägl. 1 Theel. Lig. ferr. alb. (Drees).

3. März. Pat. war gestern Mittag einige Stunden ausser Bett; allmählich wurde es mit dem Gehen besser, sodass er schliesslich laufen konnte. Nachts schlief er. Auf dem linken Auge giebt er Finger noch öfter unrichtig an. Fasst man die rechte Hand an, so bemerkt man am rechten Arme vereinzelte Zuckungen. Bei Druck auf die Stelle oberhalb der rechten Spina anterior superior schnellt er wie ein Fisch auf die linke Seite; im allgemeinen fühlt der Patient sich wohl.

Heute morgen bekam er ein Senfpapier 5 Minuten lang auf die oben erwähnte Stelle und es wurde ihm gesagt das Herumfahren werde dann aufhören. In der That hörte gleich darauf das geschilderte Phänomen auf, und den ganzen Tag über konnte man durch Druck kein Herumfahren mehr auslösen.

Bei der Abendvisite geht er rasch im Zimmer umher, ohne dass am Gang etwas Besonderes zu bemerken wäre.

4. März. Abends Temperaturerhöhung. Der Pharynx ist leicht gerötet; rechte Tonsille vergrössert. Es besteht etwas Durchfall. Es werden hydropathische Umschläge um den Hals und Gurgeln mit 3% Lösung von Kal. chlor. verordnet.

5. März. Ein Unterschied in der Angabe über Spitze und Kopf der Nadel besteht nicht.

7. März. Erscheinungen im Pharynx zurückgegangen.

Pat. ist in gleichmässig heiterer Stimmung, fühlt sich wohl, kann sehr gut gehen, springen und sprechen. Auf dem linken Auge besteht noch Unsicherheit in der Angabe der Zahl und des Aussehens vorgehaltener Gegenstände. Hält man ihm einen Gegenstand vor, so zählt er heute statt dessen drei; soll er nach dem ersten greifen, so greift er nach einem Punkt neben dem richtigen; als er nichts in die Hand bekommt, sagt er, man habe den Gegenstand weggenommen.

Pat. erhält abends einen kleinen Streifen Senfpapier über das linke Auge; dabei wird ihm gesagt, dass danach das Sehen wiederkäme. Kurze Zeit später giebt er indess Finger noch verschieden an, greift auch daneben, wenn man ihm einen hinhält.

8. März. Bericht aus der Univ.-Augenklinik:

Rechts und links normale Sehschärfe, desgl. Gesichtsfeld und Farbensehen. Aeusserlich und ophthalmoskopisch keinerlei pathologische Veränderungen. Diagnose: Simulation linksseitiger Amblyopie.

Mittags will Pat. besser sehen, zählt auch Finger und Gegenstände richtig.

10. März. Finger zählt er meist richtig, nimmt aber seine eigenen Finger zu Hülfe, an welchen er die Zahl abzählt.

11. März. Pat. hatte heute Besuch von seiner Mutter, und bekam bei dieser Gelegenheit auch seine Schwester zu sehen; er hat sich ganz munter mit diesen unterhalten. Um $^3/_4$6 sagte er plötzlich lachend: Er werde gleich einen Anfall bekommen, er spüre es am Herzen. Gleich darauf spannt er die Muskulatur an, es tritt arc de cercle auf. Als

die Aerzte hinzukommen, beginnt er vernehmlich und jagend zu atmen; er wirft sich im Bett von einer Seite auf die andre, verschiedentlich wiederholt sich arc de cercle; er reagiert nicht auf Anreden, wenig auf Nadelstiche. Die Pupillen sind mittelweit, reagieren prompt. Mehrmals streckt er Arme und Beine bretthart gespannt von sich. Drückt man auf die Stelle über der rechten Spina ossis ilei, so wirft er sich wie ein Fisch auf die linke Seite oder dreht sich mit Gesicht und Leib ganz in die Kissen.

Nach Faradisation der Extremitäten hört allmählich das Umherwerfen und die Spannung der Muskulatur auf; die beschleunigte Atmung wird indess fortgesetzt, die Frequenz beträgt 180 in der Minute. Puls 84.

Auf Fragen antwortet er noch nicht; als man ihn fragt, ob er Schmerzen habe, zeigt er auf die Magengegend.

Als er seinen Namen sagen soll, setzt er zwar an, bringt ihn aber nicht heraus. Auf die Frage, wie alt er sei, sagt er leise, kaum vernehmbar: „14 Jahre“. Wo er sei? „Im Bett“ (mit grösster Anstrengung). Als ihm die Uhr gezeigt wird, bringt er trotz mehrfachen Ansetzens nur ein „U“ heraus.

Als er am Kehlkopf elektrisiert werden soll, fängt er erst leise, dann lauter, aber stotternd an zu sprechen.

12. März. Die rasche Atmung hat gestern beinahe 1 Stunde lang fortgedauert; Pat. schlief dann bis 5 Uhr morgens. Gefragt, was gestern los gewesen sei, sagt er prompt, er habe den Krampf gehabt. Wenn man heute wieder auf die Stelle über der rechten Spina ossis ilei drückt, so schnellt er auf die rechte Seite. Pat. sieht auf beiden Augen gleich gut; keine Sensibilitätsstörungen. Gesichtsfeld wie früher normal.

Er teilt mit, die Schwester habe ihm bei ihrem Besuch gestern erzählt, sie habe einen Anfall gehabt.

13. März. Pat. fühlt sich ganz wohl; bei Druck auf die genannte Stelle schnellt er nicht mehr nach der Seite; der Druck ist auch nicht besonders schmerzhaft.

Finger zählt er auf grosse Entfernung (1—4 Meter) richtig, Farben erkennt er prompt.

Sprache normal, die Sensibilität zeigt keine Störungen.

16. März. Pat. hilft mit bei kleineren Arbeiten auf der Abteilung; die Wangen haben sich mehr gerötet wie früher. Er sieht überhaupt kräftiger aus. Es werden keinerlei Klagen geäussert; nur einmal gab er an: „das Herzwasser sei ihm heraufgestiegen im Hals“. (Herzwasser soll Sodbrennen bedeuten.)

25. März. Das Befinden ist anhaltend gut. Pat. ist mittags bei schönem Wetter im Garten, springt munter umher, kegelt mit grossem Eifer, Schlaf und Nahrungsaufnahme sind gut.

30. März. Er geht zuweilen mit andern Patienten in Begleitung eines Pflegers spazieren; das Marschieren strengt ihn nicht besonders an, er kommt stets munter und frisch nach Hause.

5. April. Pupillen mittelweit, Reaktion auf Licht und Konvergenz prompt. Gesichtsfeld bei mehrfachen Prüfungen stets normal. Augenbewegungen frei, Sensibilität frei von jeder Störung. Nirgends eine Stelle, welche ein Umherwerfen, eine Zuckung auslöste.

11. April. Pat. wird heute von seinen Verwandten im Auftrage der Mutter abgeholt.

Dass es sich in diesen beiden Fällen um eine hysterische Psychose handelt, liegt auf der Hand. Die Symptome sind so klar und deutlich, der ganze Verlauf ist so typisch, dass darüber kein Zweifel herrschen kann.

Auch in diesem Falle haben wir es mit einer ausgesprochenen, klar zu Tage liegenden, schweren erblichen Belastung zu thun; einmal ist eine weitverbreitete Tuberkulose vorhanden, der Vater starb an tuberkulöser Meningitis. Zwei Brüder von ihm starben an Schwindsucht, die Schwester unserer Patienten ging wiederum an Meningitis, unzweifelhaft tuberkulöser Natur, zu Grunde. Eine tuberkulöse Diathese ist also sicher vorhanden, aber auch eine reine psychopathische Belastung lässt sich nachweisen. Ein andrer Bruder des Vaters litt an Epilepsie, er soll in einem Anfall gestorben sein. Der Vater selbst war Alkoholiker, vielleicht in hohem Masse, wenn man das Leberleiden als Cirrhose deuten will. Eine Tante der Mutter wird als nervös geschildert. Dazu kommt wenigstens bei dem Mädchen eine anämische, schwächliche Konstitution, infolge derer sie schon früh zu allen möglichen Erkrankungen neigte. Alles zusammengenommen kann man jedenfalls von hochgradiger Disposition und schwerer hereditärer Belastung reden.

Höchst interessant ist in unserm Fall die Aetiologie für den Ausbruch der Hysterie, die determinierende Ursache. Die Kinder waren bis zum Tode ihrer Schwester sehr viel um diese herum;

sie konnten ihre Krampfzustände beobachten. Der Tod der Schwester hat dann jedenfalls stark auf ihr Gemüt eingewirkt. Und so genügte der Eindruck dieser beobachteten Krämpfe, oder vielmehr der krampfhaften Atembewegungen, um bei ihnen selbst ähnliche Symptome hervorzurufen. Bemerkenswert ist dann ferner das wechselseitige Verhältnis der Anfälle des einen zu denen des andern. Nachdem am 28. Januar die Schwester mit ihrem ersten Anfall den Anstoss gegeben, brechen am 30. die Krämpfe auch beim Bruder aus; als am 18. Februar bei ersterer plötzlich von neuem ein Anfall auftritt, geschieht am 19. dasselbe bei dem Knaben, und als am 11. März die Schwester den Bruder besucht und ihm erzählt, sie habe einen Anfall gehabt, bekommt auch der Knabe wieder nach längerem Wohlbefinden noch an demselben Tag einen schweren hysterischen Krampfanfall.

Man kann also auch hier, wie bei den oben aus der Litteratur mitgeteilten Fällen von einer psychischen Infektion reden und den Fall unter die hysterischen Epidemien einreihen.

Das ganze Bild der Krankheit unterscheidet sich in etwas von dem gewöhnlichen, oben geschilderten Bilde der kindlichen Hysterie, indem es sich hier nicht sowohl um die einfache monosymptomatische Form handelt, welche nach Jolly, Bruns u. A. bei Kindern weitaus die häufigste ist, sondern hier geradezu die Erscheinungen der grande hystérie der Franzosen, wie sie bei Erwachsenen häufig ist, in den Vordergrund treten. Die heftigen Krämpfe der gesamten Körpermuskulatur, das wütende Sichherumwälzen, die Kreisbogenstellung (arc de cercle) sind bei Kindern, wie wir gesehen haben, seltener, kommen aber doch vor und sind dann jedenfalls ein untrügliches Zeichen für Hysterie. Alle die anderen Symptome, welche sich in unsern beiden Fällen noch zahlreich finden, sind auch sonst bei Kindern keineswegs selten und dienen dazu, das Bild der Hysterie zu vervollständigen, so die Lähmungen, Sehstörungen, Sprachstörungen, die Erscheinungen von seiten des Gehörs und vor allem bei dem Knaben der typische Ovarialschmerz. Ein nicht ganz so häufiges Symptom bieten die

abnormen Magengeräusche dar, die Plätschergeräusche, die bei dem Mädchen gehört wurden. Indessen sind dieselben doch nicht so sehr selten, wie ja auch sonstige Erscheinungen von seiten des Magens, wie Ructus, Erbrechen, und von seiten des Zwerchfells, wie Singultus, bei Hysterischen nicht selten vorkommen.

Du Mesnil[1]) führt einen Fall an von einem 24jährigen Dienstmädchen, das zeitweise beständiges Plätschern und Kollern vom Magen aus hören liess. Genaue Beobachtungen zeigten, dass diese Geräusche synchron den einzelnen Phasen der Atmung waren und nur dann eintraten, wenn die Atmung abdominal war.

Solche Geräusche entstehen nach Kussmaul[2]) einfach mechanisch, indem durch den Druck der Bauchpresse und des Zwerchfells Wasser und Luft im Magen durcheinander geschüttelt werden.

Die Diagnose der Hysterie, die in unserm Fall bei den klaren, ausgesprochenen Symptomen und dem ganzen Verlauf leicht und sicher zu stellen war, kann nach der Ansicht der grössten Kenner auf diesem Gebiete gerade bei Kindern oft ausserordentlich schwer sein. Schon von der Hysterie der Erwachsenen sagt Charcot[3]): „L'hystérie imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain; car, dans quelque partie du corps qu'elle se rencontre, elle produit aussitôt les symptômes qui sont propres à cette partie. Et si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompera aisément et attribuera à une maladie essentielle et propre à telle ou telle partie des symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique".

Noch schwieriger ist oft die Diagnose bei der kindlichen Hysterie. Und doch ist es für den praktischen Arzt von ungeheurer Wichtigkeit, diese Diagnose rechtzeitig zu stellen. „Es giebt kaum ein anderes Leiden", sagt Bruns[4]), „dessen rasche Erkennung, die

1) Du Mesnil: Ein Fall von Hysterie mit ungewöhnlichen Magengeräuschen. Inaug.-Dissert. Jena 1896.

2) Kussmaul: Peristaltische Unruhe des Magens. cit. v. Du Mesnil a. a. O.

3) Charcot: Oeuvres complètes. Tome III. Paris 1890.

4) Bruns a. a. O.

fast immer auch eine rasche Heilung im Gefolge hat, dem Arzte so viel Ansehen, dessen Verkennung ihm soviel Verringerung seiner Autorität, sagen wir es kurz heraus, in vielen Fällen eine so grosse Blamage eintragen kann, wie die kindliche Hysterie".

Eine Verwechselung mit wirklichen organischen Erkrankungen des Nervensystems liegt ja manchmal, wenigstens im Anfang, sehr nahe; auch in unserm Falle wurde im Anfang die unter den vorhandenen Umständen gewiss naheliegende Diagnose auf tuberkulöse Meningitis gestellt.

Der praktische Arzt muss sich daher gerade mit den Erscheinungen der kindlichen Hysterie ganz und gar vertraut zu machen suchen; er muss vor allem, wenn er es mit plötzlich aufgetretenen Krämpfen, Lähmungen, Kontrakturen, Aenderungen des psychischen Verhaltens oder dergl. zu thun hat, zumal wenn Anhaltspunkte für ererbte nervöse Belastung vorhanden sind, wenigstens an Hysterie denken und in diesem Sinne seine weiteren Beobachtungen anstellen, er wird dann in manchen Fällen vor schweren diagnostischen und therapeutischen Irrtümern bewahrt bleiben. Denn die Prognose der kindlichen Hysterie ist eine verhältnismässig gute zu nennen. Die kindliche Psyche wird in der Regel nicht so tief und stark afficiert, wie die des Erwachsenen, und es lässt sich daher eher das gestörte Gleichgewicht wiederherstellen. So hat Bruns bei einer grossen Anzahl von Erwachsenen, die er als Kinder an schwerer Hysterie behandelt hatte, nie wieder einen Anfall auftreten sehen, und andere Autoritäten äussern sich ähnlich darüber.

Die wirksamste Therapie besteht in der sofortigen Entfernung aus dem Elternhaus und der ganzen gewohnten Umgebung, am besten in eine Anstalt hinein, so lautet das einstimmige Urteil aller Autoren. „Keine Krankheit erfordert so dringend die Anstaltsbehandlung wie die Hysterie", sagt Riegel[1]).

Das Fernhalten aller schädlichen Eindrücke, die gleichmässig energische Milde des Arztes, das Gefühl des Kindes, dass es nicht

1) F. Riegel: Zur Lehre von den hysterischen Affektionen der Kinder. (Zeitschr. f. klin. Medizin.) Bd. VI. 1883.

wie daheim der Mittelpunkt ist, um den sich alles dreht, und dass es mit Uebertreibungen seiner Beschwerden keinen Eindruck macht, das alles übt einen ausserordentlich heilsamen Einfluss auf das Kind aus, einen Einfluss, den man natürlich durch sonstige geeignete Massnahmen wie Bäder, Massage, Elektricität, kräftige Nahrung, bei Anämischen ausserdem durch Eisenpräparate und Roborantien zweckmässig unterstützt.

Zum Schlusse spreche ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Siemerling für die Anregung zu vorliegender Arbeit und die gütige Ueberlassung des Materials, sowie dem I. Assistenzarzt der Klinik, Herrn Dr. Wickel für die freundliche bei der Abfassung der Arbeit mir geleistete Unterstützung meinen wärmsten Dank aus.